

# La Ley de Medicina Curativa. Un Análisis Histórico de sus Antecedentes y Efectos en la Institucionalidad Sanitaria Chilena. Parte II

## The Curative Medicine Act for white collar workers: a historical analysis of its background and its consequences in the Chilean Health Care System.

Dr. Carlos Antonio Molina Bustos\*

### Resumen

---

*“El resumen que se presenta a continuación corresponde al conjunto del artículo que se publica separado en dos partes por razones de espacio, en números consecutivos de Cuadernos Médico-Sociales. De este modo, se ofrece una síntesis del conjunto, porque el trabajo tiene una unidad que debería estimular su lectura completa.”*

Se formula y expone un análisis historiográfico que demuestra cómo el desarrollo de la institucionalidad sanitaria chilena siempre ha estado fuertemente condicionado, por profundas contradicciones entre los diversos intereses de clases, grupos y sujetos sociales confrontados en el escenario de la vida política nacional, en los marcos del acontecer internacional.

Se analiza la relación histórica entre las etapas sucesivas del devenir institucional, desde la emergencia del Seguro Social en 1924, su prolongada y compleja reforma imaginada y propuesta durante el gobierno del Frente Popular que culminó en el Servicio Nacional de Salud en 1952, que mantuvo el carácter restrictivo del Seguro Social y cómo sus particularidades e insuficiencias, crearon las condiciones para el resurgimiento de la medicina liberal anticipado por la Ley de Medicina Curativa de 1968 y consolidado durante la dictadura militar desde 1973 en adelante.

Se analiza el origen y los motivos políticos de los proyectos de ley para la medicina curativa de los empleados, su confuso, complejo y contradictorio tratamiento legislativo, a partir de la Historia Fidedigna de la Ley, hasta la promulgación de la ley en 1968 y de su reglamento en 1969.

A partir del estudio de la Revista Médica, órgano oficial del Colegio Médico de Chile, entre los años 1954 y 1970, se configura el análisis del curso social y político de los intereses de la corporación médica, del juego de sus contradicciones internas entre la doctrina de la medicina socializada, inspirada en los años treinta y sus expectativas de mercado, alentadas desde los años cincuenta y de cómo estas últimas tendencias que se hicieron hegemónicas, hicieron posible la creación de la Ley de Medicina Curativa, que introdujo en el Servicio Nacional de Salud y demás instituciones públicas de salud, las categorías, prácticas e instrumentos propios de las relaciones privadas y mercantiles que han prevalecido hasta nuestros días en la organización de la respuesta social de salud.

El análisis propuesto permite comprender cómo las restricciones políticas que impidieron la universalidad de financiamiento y cobertura y el carácter efectivamente nacional que se pretendió para el Servicio Nacional de Salud, se encuentran en la base que generó la tercera reforma, regresiva, del edificio sanitario nacional que constituyó la Ley de Medicina Curativa de 1968.

---

\* Magister (c) en Historia, Unidad de patrimonio cultura. Ministerio de Salud.

*Palabras claves:* Institucionalidad sanitaria, sujetos sociales, reforma sanitaria, principio de solidaridad, Fondo Único Nacional, Exclusiones, Corporación Médica, pago por acto médico, orden de atención-cheque, copago

## Abstract

By means of a historiographical analysis we show how the development of the Chilean Health Care institutions has always been strongly conditioned by deep contradictions among class, group and social subjects interests, in the stage of our national political activity and within the framework of international events.

The 1924 Social Security Act finally developed into the National Health Service (NHS) and Social Insurance Law of 1952, after a long process started during the Popular Front government, at the end of the 1930's. In spite of its being a step forward in the history of Chilean Social Policy, the 1952 Act retained some restrictive characteristics and shortcomings: these created the conditions for the resurgence of liberal medicine, which was anticipated by the Curative Medicine Act for white collar workers, of 1968, and was later consolidated by the military dictatorship which took over in 1973.

The origin, political motivations and complex discussion of this Act up and until its approval in 1968 and that of the corresponding Regulatory Decree, 1969, are analyzed.

A detailed review of the official journal (Revista Vida Médica) of the Chilean Medical Association, 1954-1970, has allowed us to follow the social and political course of the interests of the medical corporate body, with its contradictions between the doctrine of socialized medicine of the 30's, on the one hand, and the market expectations born in the 50's, on the other hand. The latter became dominant and this explains the enactment of the Curative Medicine Law, which introduced into the NHS and related public health institutions the categories, practices and instruments that properly belong in the private commercial relationships which prevail to this day in the social response to health needs.

This analysis allows us to understand how the political restrictions which prevented the attainment of the national character which had been desired for the NHS, with universal coverage and financing, made possible the regressive reforms of the national health care system which started in 1968.

*Key words:* Health Care System institutions, social subjects, health reform, solidarity principle, unified national health fund, exclusions, medical corporation, payment per service, service order-check, copayment.

### 3. EL ESCENARIO DESPUES DE LA PROMULGACION DE LA LEY

Los últimos años del gobierno de Frei Montalva estuvieron marcados decisivamente por la agitación política y social que anunciaba la elección presidencial de 1970, en un clima de abierta confrontación ideológica y de creciente movilización social de masas. En el ámbito de la salud las grandes contradicciones que se expresaron en el prolongado debate de la Ley de Medicina Curativa, pareció haber generado una gran frustración, por cuanto le Ley mencionada, entendida como un producto normativo, no había dejado conformes ni a tirios ni a troyanos, lo que causó problemas que no tuvieron solución en

ese período, de modo tal que la publicación de la Ley generó de inmediato, en los distintos sectores en pugna, la necesidad de su modificación.

El Ministerio de Salud se dio a la tarea de generar los instrumentos sectoriales que permitieran iniciar la operación de la Ley y de su reglamento y con tal propósito el Consejo Nacional de Salud en sus sesiones de 27 de Junio y 27 de Agosto de 1969(1), aprobaba un primer convenio entre el SNS y el Sermena para tales efectos, que más tarde se sellaría por escrituras públicas.

Paralelamente, el Colegio Médico presionó al gobierno de Frei hasta el final de su gestión no sólo para modificar la recién despachada Ley, sino para forzarlo a ceder a sus demandas económicas,

haciendo uso del expediente de obligar a sus miembros a adherir a sus decisiones, anunciando la eliminación de sus registros de libre elección a los colegiados que no acataran los acuerdos del Consejo General(2).

Esta actitud del Colegio creció en la medida que recrudecía la inflación y las restricciones fiscales impedían los reajustes esperados, de modo tal que el Presidente del Colegio, ante el fracaso de las negociaciones, anunciaba “la paralización total y indefinida de todas las actividades médicas” y la formación del “Comando de Greve que representa a la única autoridad responsable que podrá poner término al conflicto”(3). Es conveniente anotar que el llamado Comando de Greve, reunía junto al Colegio Médico, a la Federación Médica de la Universidad de Chile, la Federación Médica de Ferrocarriles, la Asociación Médica de los Servicios de Urgencia y Residencia en Maternidades, el Sindicato de Médicos de la Pontificia Universidad Católica de Chile y otras agrupaciones.

Se trataba, en consecuencia, de una red de intereses corporativos de gran organización y amplia cobertura, densidad y especialización, con la que la Orden Médica se aprestaba a iniciar los años setenta, que hoy nos permite develar la culminación en el sector salud, de la Década Larga.

Simultáneamente, las convenciones médicas siguientes volvieron a reiterar la necesidad de reestructurar el Servicio Nacional de Salud (SNS). En tales debates, las opiniones de los convencionales ya aparecieron francamente divididas en dos bloques muy nítidos que cuyas diferencias mostraban lo previsible que era la ruptura político-ideológica que sufriría la Orden Médica en los meses siguientes, durante el gobierno de la Unidad Popular. Una línea de carácter progresista que apoyaba al SNS como institución estatal y otra que lo descalificaba y condenaba. El primero de esos grupos manifestaba elogios por los enormes progresos alcanzados por el SNS y su medicina de alta calidad y llamaba a mantener las conductas de los años cincuenta y el segundo de ellos, mayoritario y poderoso hacía un balance demoledor del SNS, desde el punto de vista de su gestión técnica, administrativa y financiera, destacándose la cita crítica de “las irregularidades

causadas por los pacientes extralegales”, en referencia a los beneficiarios de la Ley de Medicina Curativa.

En concordancia con tales afirmaciones, se concluía que debían ser cambiados los términos de la representación del Colegio en la administración del SNS, en el sentido que no era el gobierno, sino la Orden Médica la que debía liderar mayoritariamente, la participación de los demás sectores, “porque casi todas las actividades del SNS son médicas y el cuerpo médico aparece como responsable por su funcionamiento en todo el país”(4).

Por otra parte, la FENATS y las demás organizaciones de los trabajadores, se habían decidido a democratizar el SNS y a desarrollar la medicina socializada, para lo cual era indispensable que conquistaran poder al interior del SNS que fortaleciera la entidad estatal. Ello significó movilizaciones y huelgas con respaldo de la Central Unica de Trabajadores de Chile y el lanzamiento de una campaña, de carácter nacional y masivo, por la democratización y la medicina socializada. Entre otras medidas, demandaron “participación directa, con representantes nombrados por ellos mismos, en el manejo y dirección de todos los organismos y empresas del Estado”.

Concretamente la FENATS planteaba que el “SNS ha dejado de dar salud, para vender salud”, denunciando que la Ley de Medicina Curativa es “un estimulante para regresar al antiguo sistema liberal” y afirmaba las enormes disparidades en materia de remuneraciones, “4.000 médicos, el 10%, se apropian del 55% de los salarios, en tanto que el 45% restante de los recursos, debe financiar al resto de los 40.000 funcionarios”(5).

A mediados de 1970, la FENATS protagonizó una huelga de 22 días con ocupación de los hospitales del país, exigiendo mejores salariales “y el establecimiento de un Sistema Unico de Salud para todo la población” junto a la democratización del SNS, con la formación de organismos colegiados en cada institución de gestión, con la participación de los trabajadores, los beneficiarios y los profesionales.(5)

Casi al mismo tiempo, las convenciones médicas de mediados de 1970, retomaron el planteamiento de que la Ley de Medicina Curativa, “lesionaba

los intereses del gremio médico”, llamando al boicot del régimen de libre elección en el caso de no ser atendidas las numerosas reivindicaciones económicas, aparte de afirmar que el “gremio médico” debía asumir la dirección de la salud, porque ni el SNS, ni el Sermena estaban preparados para su administración.(6)

En este escenario convulsionado, la controvertida Ley de Medicina Curativa de hecho permitió a los empleados el acceso legalizado a la asistencia médica, con lo que el SNS asumió en plenitud la atención del 90% de la población nacional, lo que puede interpretarse como la base objetiva del planteamiento básico de la política de salud de la Unidad Popular: el Servicio Único de Salud.

No obstante, la nueva modalidad perjudicó a los asegurados del SSS, legítimos y originales beneficiarios del SNS, por el hecho que los profesionales privilegiaron la libre elección a causa de los copagos involucrados. Apesar de eso, el nuevo esquema no satisfizo los intereses de la mayoría de los médicos del país, puesto que sólo el 25% se inscribió en los registros de libre elección del Colegio Médico, porque como en las provincias el número de potenciales usuarios era reducido, la alternativa no los compensaba y no les era confiable.(7)

Los mecanismos para que los empleados usaran de los beneficios de la ley, eran complejos y particularmente graves, por la dualidad de sistemas al interior del SNS: gratuidad para los obreros y libre elección para los empleados, lo que produjo gran desorden y graves problemas de gestión al interior del SNS.

Pese a las diferencias ideológicas y políticas que estaban envueltas en los debates sobre los efectos de la Ley de Medicina Curativa al interior del SNS, hoy no parece haber discusión en el sentido que la Ley analizada, amplió de hecho el campo de cobertura del SNS sobre la casi totalidad de la población y al mismo tiempo, “acrecentó las diferencias en la atención de salud entre empleados y obreros”; se consolidaron contradicciones institucionales “porque la atención médica de los empleados era otorgada por un sistema de copago por prestaciones, mientras que la ley de medicina preventiva se les otorgaba a través de medicina funcionaria en el SNS” y se sentaron las

bases “para la disyuntiva entre un sistema estatal único y un sistema mixto”.(8)

El gobierno de la Unidad Popular planteó como marco doctrinario de su política sectorial que “el pueblo expresa sus necesidades y problemas de salud vinculados a sus condiciones de vida, a través de la participación y que la salud es un proceso dialéctico, biológico y social, producto de la interacción del individuo y del medio ambiente, influido por las relaciones de producción de la sociedad, que se expresa en niveles de bienestar y de eficiencia física, mental y social. Es, antes que todo, una cuestión de estructura económica y social, de niveles de vida y de cultura. Es una obligación ineludible del Estado y sólo una sociedad socialista podrá solucionar integralmente” y el camino estratégico es “el Servicio Único de Salud”(9).

Los efectos de la incorporación del régimen doble de la Ley de Medicina Curativa al interior del SNS fueron evaluados por el gobierno de Allende como discriminatorios y generadores de severos problemas de operación y gestión, a la vez que inaceptables en términos de principios.

Las nuevas autoridades consideraban que el SNS “es el único servicio de salud del país que cumple la mayoría de los requisitos de organización y de infraestructura para lograr el Servicio Único. Para ello, el SNS debe ampliar su cobertura al total de la población, además de introducir otras correcciones en su administración que aumenten su rendimiento y eficacia”(10).

Continuaba el Dr. Requena, señalando que entre las características negativas del SNS que dificultaban el cumplimiento de los objetivos institucionales, “cabe destacar en primer lugar la existencia de una doble administración en el seno del SNS. Por una lado, la estructura y las líneas de administración regulares y por otro, las líneas de atención por el sistema de medicina curativa del Sermena. Actuando en los mismos locales, con los mismos recursos, con los mismos equipos, instrumental e insumos, los médicos especialmente obedecen a dos líneas de autoridades derivadas de dos fuentes y sistemas de pago y, sobretudo con dos niveles de remuneraciones distintas. Esta situación de hecho ha impedido implantar orden, racionalidad, disciplina, agilidad administrativa e igualdad en el trato”(10).

Otro efecto negativo que se había extendido en el SNS era el predominio de conceptos y actitudes recuperacionistas de la salud, señalándose como referencia que en 1959, a través de un Decreto con Fuerza de Ley y luego en 1968 con la Ley de Medicina Curativa, se habían dado pasos importantes para reforzar las acciones de recuperación, dejando en segundo término las acciones preventivas. El Dr. Requena, Jefe del Departamento Técnico del SNS, segunda autoridad de la institución, señalaba en su trabajo: “Recibimos la herencia de un SNS desviado de la orientación que se le dio en su creación y centrado principalmente sólo en reparar el daño. Esta orientación ha impregnado la mente de los funcionarios y de la población que sólo ven en la reparación de la salud su única expresión. Los esfuerzos por corregirlo son doblemente difíciles por ser las acciones preventivas de mucho menos espectacularidad que las acciones reparativas”.

Asociado a lo descrito se agregan efectos concomitantes, asentados y sostenidos en las transformaciones estructurales regresivas que se citaban, como el predominio de valores individualistas en el trabajo de los profesionales, perdiéndose la valoración del trabajo en equipo en el abordaje de los problemas de salud. Sobre la base de exagerar el valor y el significado de la docencia y de la especialización médica, estos procesos necesarios se habían comenzado a transformar en mecanismos que operaban contra las labores asistenciales, lo que impedía que la institución abordara los grandes problemas de salud de la población con la eficiencia necesaria.

Los elementos culturales, afianzados en las transformaciones estructurales señaladas, parecían haber trastocado el sentido profundo de la práctica y el trabajo médico. Estos elementos comenzaban a desencadenar las primeras expresiones de alienación de las instituciones sanitarias chilenas, que abrirían paso a los procesos de crisis de la salud pública que parece vivir hoy día la sociedad chilena y que pavimentarían el camino, al despliegue del mercado y del capital financiero y sus normas que se hicieron hegemónicos en la salud chilena, finalmente por acción de la dictadura.

Finalmente, el Dr. Requena señalaba en 1972 como

otro de los grandes problemas que enfrentó el gobierno de la Unidad Popular, “...la desmedida influencia del Colegio Médico en las decisiones y acciones propias de las líneas administrativa y ejecutiva del SNS, a todos los niveles de su organización. Contrasta esto, con la nula participación que tenían los profesionales no médicos, los funcionarios administrativos y los empleados de servicio. Menos ingerencia aún tenía el pueblo organizado. Esta situación evidentemente que carga la mano de las decisiones en función de los intereses profesionales de un solo grupo... Otro camino ha sido la lucha por mantener y robustecer el sistema de medicina curativa dentro del SNS. Se trata de promover el sistema de “pago por acto médico”, y convertir así todo el aparato del SNS en un “gran pensionado”, que permita en su seno el juego de la libre competencia en salud. Esto se instrumentaliza a través del Fondo de Asistencia Médica (FAM) y a través del cheque-bono como instrumento valorizado de pago. Es decir, se conjugan los elementos de un sistema económico capitalista en la atención médica: de atención privada con un banco que es el Fondo de Asistencia Médica (FAM), un medio de pago que es el cheque-bono y un pensionado que es el Servicio Nacional de Salud. La consecuencia final se traduce en grandes ganancias de un grupo de profesionales”(10).

Con el firme propósito de controlar y revertir los efectos negativos comentados sobre el funcionamiento del SNS y de la salud pública, el SNS y el Sermena, a instancias del Ministerio de Salud, acordaron en 1972 un nuevo convenio interinstitucional para hacer operar la Ley de Medicina Curativa, de acuerdo a las facultades que la Ley y su reglamento concedían al Ministerio de Salud para determinar la forma y condiciones en que el SNS concurriría al otorgamiento de las prestaciones a que se referían dichos cuerpos legales. Este Convenio determinaba el pleno cumplimiento de los derechos de atención médica para los beneficiarios de la Ley en el ámbito del SNS en todo el país, suprimiendo el cheque-bono como instrumento de pago asociado a la relación individual entre el médico y el paciente, conservando la libre elección del establecimiento, suprimiendo todo pago o copago de los beneficiarios por las hospitalizaciones, reservando el 15% de todos los

pagos interinstitucionales para ser invertido en el mejoramiento de equipos e infraestructura de los servicios, generando un proceso de pago del Sermena al SNS sobre la base de una tarifa única compensada, por las prestaciones que esos beneficiarios recibían en el SNS, establecido a partir del Arancel del Colegio Médico. Este Convenio fue aprobado en el Consejo Nacional de Salud, en la Sesión 1.042 del 14 de Diciembre de 1972, con la abstención de los dos consejeros representantes del Colegio Médico de Chile.(11)

En medio de esta vorágine de acontecimientos políticos, el sistema de medicina curativa se instaló con dificultades en el aparato público y no obstante las confusas indicaciones del Colegio Médico, una buena parte de los médicos se inscribió en los registros de la libre elección, en especial en Santiago. De ello da cuenta el propio Dr. Valdivieso, citando estadísticas del Sermena de 1975, cuando señala que "...ese mismo año había 4.144 médicos inscritos en el sistema, casi el 70% de los médicos activos, que continuaban además, desempeñándose como médicos funcionarios del SNS"(12).

Claro, el autor no cita en este trabajo por motivos obvios, que en Septiembre de 1973 se había interrumpido brutalmente el régimen democrático en el país y había ya comenzado a aparecer la política y las estrategias de salud de la dictadura, que no corresponde analizar en este trabajo.

Sin embargo, en el mismo opúsculo de 1977, Valdivieso apunta: "Por razones que no me corresponde analizar, el cumplimiento actual de los beneficios y desarrollo futuro de la Ley están hoy seriamente amagados. El Colegio Médico ha exhibido el retiro de estos profesionales en proporción alarmante. La aspiración a un Servicio Único de Salud, sobre la base del SNS, es una quimera y seguirá siéndolo mientras subsista la limitación del recurso "médicos". Cuando el desarrollo permita superar este obstáculo, será llegado el momento de plantear nuevamente el debate en base a la experiencia reunida sobre ambos sistemas, medicina funcionaria y sistema de libre elección con remuneración por acto médico, sin excluir naturalmente la posibilidad del sistema de población a cargo, que se aplica con innegable éxito en Gran Bretaña desde 1946"(12).

Luego del período de obsolescencia de la Ley que

ya registraba en 1977 el Dr. Valdivieso, la existencia real y operativa de este cuerpo legal llegó a su término al iniciarse la etapa legislativa de la política de salud de la dictadura en 1979.

En efecto, en Febrero de 1979 se dicta el Decreto-Ley N° 2516 en el que se exime de las exigencias de colegiación a los profesionales que se desempeñan en determinados cargos públicos y despoja de su carácter obligatorio a los aranceles de honorarios de los Colegios Profesionales, dándoles sólo un valor de referencia.

En Julio de 1979, se dicta el Decreto-Ley N# 2757, que establece normas sobre las Asociaciones Gremiales que se imponen a los Colegios Profesionales.

Con ello, la dictadura le quitó definitivamente al Colegio Médico todas las bases del poder político-sectorial que había adquirido desde 1948.

En el mismo año 1979, la dictadura emite el Decreto-Ley N° 2575, que incorpora a los beneficiarios del régimen del Servicio de Seguro Social al régimen de libre elección y permite la intervención intermedia de instituciones financieras al interior de la relación entre prestadores y usuarios, tanto en lo individual como en aquella relación mediada por el Fondo de Asistencia Médica, generado por la Ley de Medicina Curativa.

En Agosto de 1979, el régimen militar dicta el Decreto-Ley N° 2763 que pone fin al Servicio Nacional de Salud y al Sermena y crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud y el Fonasa.

No obstante dejar de existir el imperio de la Ley de Medicina Curativa, la universalización de la libre elección y las políticas que seguidamente y desde ese momento aplicó la dictadura consagraron, con el sistema mixto y el pago por prestaciones en todo el sistema público que acabó con los presupuestos por programa, los principios centrales que habían concurrido a dar vida a la Ley de Medicina Curativa.

Quiero finalizar este segmento del trabajo destacando el trabajo del Dr. Mariano Requena Subdirector General del SNS entre 1970 y 1973, que he citado. Se trata de un informe técnico, casi inédito para los efectos de su conocimiento actual, escrito a comienzos de 1973. Constituye a mi juicio, un documento aún sin respuesta, cuya profundidad de

análisis, permite hoy día comprender el acaecer de los acontecimientos vividos por la salud pública chilena, como expresión consecuencial de los procesos políticos y sectoriales que han ocurrido en el país, desde la fundación del Servicio Nacional de Salud hasta el día de hoy y en los que la Ley de Medicina Curativa, tuvo un papel precursor del resurgimiento de la medicina liberal.

#### 4. A MODO DE CONCLUSIONES

No me parece propio ni adecuado intentar en estas líneas finales de este trabajo, pretender extraer de lo escrito sentencias o conclusiones que el lector podrá obtener por sí mismo. Tan solo puede ser pertinente invitar a una observación crítica de lo que he señalado, que pueda detectar los procesos principales que se encuentran debajo de los acontecimientos buscando, más que confirmar o negar las hipótesis sugeridas, encontrar nuevas preguntas y nuevos espacios de investigación, nuevas hipótesis de trabajo que nos vayan abriendo el camino para develar el carácter y la naturaleza del presente que vive la sociedad chilena en materia de salud, iniciado ya el siglo XXI.

Los orígenes de la respuesta que históricamente ha construido la sociedad chilena, frente a sus necesidades y problemas de salud-enfermedad, desde fines del siglo XIX y durante los primeros lustros del siglo XX parecen haber nacido vinculados a la necesidad de asimilarlas, más que al advenimiento de un derecho humano fundamental aún extemporáneo, a la conveniencia de regular los procesos de trabajo industrial moderno, de acuerdo a las corrientes de la seguridad social europea, particularmente bismarkiana. Ello, como una respuesta política a la fuerza emergente del sujeto social popular que representó el movimiento obrero y que se planteó la transformación del ordenamiento social. La salud entonces, como respuesta institucional, estuvo asociada a la seguridad social de la clase obrera, que debía ser contenida. Tal vez, en estos factores radica la base social de explicación del carácter restrictivo que tuvo el Seguro Obligatorio consagrado en 1925.

Es posible reflexionar en el sentido de que, si el proyecto de ley de reforma del Seguro Obligatorio, enviado por Aguirre Cerda y Allende en 1941, hubiese

sido tratado por las fuerzas políticas del Parlamento en esa etapa, la discusión y el curso de aquel proyecto que devino en el Servicio Nacional de Salud, hubiese tenido otro destino. En los comienzos de la década de los cuarenta, la profesión médica organizada en la Asociación Médica de Chile pugnaba por un servicio universal de salud, de responsabilidad del Estado y los sectores medios de los empleados aún no mostraban la fuerza de sus intereses, en las organizaciones sindicales que se hicieron protagonistas a comienzos de los cincuenta.

No ocurrió así y cuando el proyecto se puso en tabla en el Congreso a fines del gobierno de González Videla, en 1950, el panorama y los escenarios políticos habían cambiado. Era políticamente urgente para los sectores dominantes, dar curso al perfeccionamiento de la seguridad social, cuya crisis enarbolada por la Confederación de Trabajadores de Chile, constituía una nueva amenaza, todo ello en los marcos de la situación internacional generada por el término de la segunda guerra mundial, la guerra fría y la emergencia de la recomendación del Estado de Bienestar y Seguridad.

Aún en esa situación mundial, cuando ya se hablaba del derecho a la salud de toda la población, la elite dominante nacional desechó la propuesta de un servicio de salud realmente nacional, financiado a partir de los impuestos generales de la nación y el Servicio Nacional de Salud que surgió de esos debates, mantuvo los rasgos restrictivos que significaron exclusiones fundamentales, que generaron las condiciones para las presiones ulteriores y la estructura de su financiamiento aseguró su precariedad permanente, que se mantuvo hasta 1970.

La profesión médica organizada, de gran prestigio e influencia académica y social, venía desarrollando desde la década de los treinta, posiciones tecnocráticas en relación a la estructura sanitaria que debía generarse, de modo que se consideró que el debate sanitario podía resolverse desde el conocimiento científico y la técnica, acantonados en la utópica autonomía que se consagró en el SNS, al margen de la comprensión de que la salud es una expresión de la lucha social, de cultura y niveles de vida y por lo tanto, la respuesta social ante esos problemas

de salud que la sociedad determina, está siempre condicionada por el devenir de las confrontaciones y conflictos de los diversos sectores de clase, que actúan en la diversidad de los escenarios políticos y sociales y por las formas que adquiere la lucha por la hegemonía social, política y cultural.

Por todo ello, del examen realizado al período y a los procesos estudiados, parece posible desprender que las exclusiones originales de las coberturas del Servicio Nacional de Salud y las permanentes debilidades financieras que se le impusieron, por las lógicas económicas de los distintos gobiernos hasta 1970, asociadas al significado político que alcanzaron las organizaciones gremiales de los empleados, con sus estructuras valóricas que los separaban culturalmente de los obreros y un Colegio Médico ya instalado, en la pugna por sus intereses corporativos alentados por la precariedad financiera del SNS, que minimizaba las remuneraciones de la medicina funcionaria, desataron la necesidad de los sectores dominantes de la sociedad de otorgar una respuesta diversa, al problema de la postergada atención médica de los empleados.

No parece, en este contexto, un hecho menor que la Ley de Medicina Curativa aprobada en 1968 fue en esencia, el mismo proyecto presentado por el último gobierno de derecha elegido democráticamente en Chile.

Los contenidos centrales, tanto del proyecto de ley original como de la ley despachada por el Congreso Nacional, conformaron un sistema de atención médica que era esencialmente contradictorio con las bases sobre las que se había edificado el edificio sanitario chileno, desde sus comienzos.

La creación de un régimen de pago por acto médico al interior del Servicio Nacional de Salud, no sólo no tenía precedente en la institucionalidad sanitaria chilena, sino que estaba expresamente prohibido por la legislación vigente. Por ese solo hecho, puede interpretarse como un atentado contra el normal funcionamiento de la medicina funcionaria del sistema, puesto que pretendía, y lo logró, romper la práctica tan difícilmente conseguida, del trabajo del equipo de salud, introduciendo ventajas y privilegios económicos para el rol médico.

Resulta muy aleccionador comentar en estas

líneas, las tremendas contradicciones que se verificaron durante los debates de la tramitación constitucional de esta Ley en el seno del Congreso Nacional, en el sentido de verificar que, en lo que se refiere a los beneficios que realmente consagró la Ley, ya estaban siendo proporcionados de hecho, por el Servicio Nacional de Salud, a pesar de sus limitaciones financieras y de recursos. Cuando las autoridades de gobierno eran impugnadas, porque el SNS no estaría en condiciones de otorgar los servicios propuestos en las condiciones que proponía el proyecto, estas mismas autoridades demostraban que ya tales servicios se estaban otorgando, sin mayores recursos.

Es válido entonces, preguntarse ¿cuál era el sentido profundo del proyecto? Si así eran las cosas, ¿por qué no se propuso reforzar las condiciones financieras y de otros recursos tecnológicos, para expandir la cobertura al conjunto de la población?

Hay elementos aportados en este trabajo para comprender cómo se fue imponiendo en el sector salud, en especial entre los médicos, el predominio de las visiones que privilegiaban los aspectos de la salud que tienen que ver con la reparación del daño, dejando en segundos planos los aspectos preventivos y de fomento, lo que no sólo tuvo repercusiones epistemológicas y teóricas, sino que constituyó un paso trascendente en el proceso de mercantilización del trabajo médico, puesto que la reparación de la salud, se asocia a la atención médica terapéutica sobre la enfermedad.

Como señalaba con mucha propiedad el Dr. Requena en el trabajo que de él he citado en el texto: “se conjugaban los elementos de un sistema económico capitalista en la atención médica: de atención privada con un banco que es el Fondo de Asistencia Médica (FAM), un medio de pago que es el cheque-bono y un pensionado que es el Servicio Nacional de Salud. La consecuencia final se traduce en grandes ganancias de un grupo de profesionales”.

Uno de los propósitos que surgen como determinantes de las transformaciones que indujo la Ley de Medicina Curativa en el sistema sanitario chileno, más allá de su vigencia legal y normativa, se refiere a la intermediación del poder médico



organizado, a través de lo que constituyó el Fondo de Asistencia Médica, en las relaciones entre el prestador de servicios y el beneficiario, entre el médico y el paciente, en el plano del pago de honorarios profesionales.

Como han señalado varios maestros, expertos en salud pública, chilenos y extranjeros, la introducción de esta intermediación corresponde, de un modo estratégicamente decisivo a las grandes reformas sanitarias. El rol de intermediación científica, técnica y política que jugó el poder médico con la Ley de Medicina Curativa, en nombre del Estado de Bienestar y de Seguridad, entre el pueblo y la formación económico-social capitalista en Chile, quedó claramente de manifiesto.

Por ello, es posible pensar que la Ley de Medicina Curativa de 1968, más allá de los efectos asistenciales que pudo haber producido y de los grados de éxito o fracaso que tuvo en ese sentido, se erigió en una reforma del sistema de salud chileno, que anunció e inició el desmantelamiento de la medicina socializada, que se consagró como política durante la dictadura.

A partir de la visión que arranca del panorama que presenta este trabajo, es posible proponer como una conclusión para la discusión, que intentar procesos de reforma de salud, siempre ha significado, y hoy día más que nunca, intervenir y modificar la relación médico-paciente, como una condición básica para generar una base social y política en la población, en la gente concreta, de apoyo a la transformación que se desea.

Desde el punto de vista de nuestro interés nacional actual se puede asegurar que no es posible reforma alguna de la respuesta social de salud, sin la presencia rectora y concretamente lograda de los médicos.

Me parece suficientemente fundamentado y por lo tanto lícito pensar, que la Ley de Medicina Curativa puede entenderse como la primera transformación de la institucionalidad legal de la salud en Chile, que abrió el camino a la intermediación de la relación médico-paciente, por parte del capital financiero, primero nacional y luego transnacional.

Ello se desprende del análisis de los contenidos de este trabajo y de la observación crítica de la

secuencia cronológica que caracterizó la estrategia legislativa de la dictadura, iniciada en 1979.

Cuando el régimen militar, dicta los Decretos-Leyes 2516 y 2757 suprime los poderes que había detentado el Colegio Médico, dándole sólo un valor referencial al arancel de honorarios y terminando con el rol intermediador que esta corporación había ejercido durante la vigencia de la Ley de Medicina Curativa.

A través del Decreto-Ley 2575 universaliza el régimen de libre elección a todos los beneficiarios del SNS, con lo cual amplía la cobertura de este régimen y permite la intervención intermedia de instituciones financieras, al interior de la relación entre prestadores y usuarios, tanto en lo individual como en aquella relación que había mediado el Fondo de Asistencia Médica, generado con la Ley de Medicina Curativa.

Con el Decreto-Ley 2763 pone fin al Servicio Nacional de Salud y al Sermena y crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud y el Fonasa, estableciéndose los nuevos términos de financiamiento de los Servicios de Salud, a través de Fonasa.

Con el Decreto-Ley 3500 de 1980, crea el nuevo sistema previsional chileno, vigente hoy día, terminando con el régimen solidario y estableciendo las estructuras financieras y jurídicas de las Asociaciones de Fondos Previsionales (AFP), que rápidamente se transformaron en uno de los negocios más rentables y prósperos para el capital financiero.

Finalmente, a través del Decreto con Fuerza de Ley N°3 de 1981, la dictadura creó las Instituciones de Salud Previsionales (ISAPRE), con lo cual se establece el derecho de los ciudadanos a prescindir de la solidaridad en la construcción del financiamiento del Sistema de Salud Nacional. Estas instituciones pertenecen hoy íntegramente al ámbito de lo que en el lenguaje económico se denomina capital financiero.

Así, los ciudadanos chilenos que reciben un sueldo o un salario, sean obreros o empleados, adquirieron el derecho a entregar su cotización de salud obligatoria al sector privado organizado en las ISAPRES, que compiten entre ellas en términos de mercado, por la preferencia de los individuos cotizantes.

En 1985, se dicta la Ley 18.460 o Ley de Prestaciones de Salud, que eleva la cotización de salud obligatoria al 7% de los sueldos y salarios brutos,

clasifica a todos los ciudadanos con derecho al acceso a la salud, en cuatro categorías en función explícita de sus ingresos y, por lo tanto, de su capacidad de pago, fijando los montos, proporciones y criterios con que el sistema público bonificará las prestaciones de cada una de las cuatro categorías, creando así legalmente, para cada prestación el co-pago.

Todos estos elementos y figuras jurídicas creadas por la dictadura, en su etapa legislativa en salud que inició sólo en 1979, contienen las principales categorías que incorporó a la normativa legal en 1968, la Ley de Medicina Curativa.

Por todo ello, es posible adjudicarle a la reforma sanitaria inducida por la Ley de Medicina Curativa de 1968, el carácter de precursora de la actual hegemonía del capital financiero en el sector salud chileno.

## Referencias

1. Actas del H. Consejo Nacional de Salud: Acuerdos 222 y 325 de sesiones N°923 y 930 de 27 de Junio y 27 de Agosto de 1969..
2. Vida Médica N°10; 1968.
3. Vida Médica N°9; 1969.
4. Vida Médica N°5; 1969.
5. Morales, Eduardo: "Sistema político, planificación y políticas públicas. La política de salud en Chile, 1964-1978; Santiago; 1981.
6. Vida Médica N°8; 1970.
7. Vida Médica N°3; 1970.
8. Horwitz, Nina y cols.: "Salud y Estado en Chile. Organización Social de la Salud Pública"; Publicaciones Científicas; OPS; Chile; 1995.
9. Presidencia de la República. Mensaje del Presidente Salvador Allende al Congreso Nacional. 21 de Mayo de 1971.
10. Requena, Mariano: "Servicio Nacional de Salud 1971-1972"; Revista Apuntes(4); Santiago; 1972.
11. Actas del H. Consejo Nacional de Salud. Sesión 1.042 del 14 de Diciembre de 1972.
12. Valdivieso, Ramón: "La Ley de Medicina Curativa para Empleados y el Formulario Nacional de Medicamentos"; Ibid; pág. 665; 1977.